

Antrag für **AKTIV** -Mitgliedschaft

- Aktivmitglied:** Abgeschlossene anerkannte Berufsausbildung und Berufstätigkeit im Bereich der Komplementär- oder Schulmedizin (bzw. einem anderen für die Palliative Care relevanten Beruf) sowie/ oder Kompetenzen im Bereich Palliative Care oder die Bereitschaft sich die Kompetenzen anzueignen.

Personalien

Name _____ Vorname _____

Strasse _____

PLZ / Ort _____ E-Mail _____

Tel / Natel _____

Geburtsdatum _____ Berufsbezeichnung _____

Tätigkeit in der Palliative Care: _____

Adresse Praxis / Geschäft

Name Geschäft _____ angestellt selbständig

Strasse _____ Praxis seit _____

PLZ / Ort _____ E-Mail _____

Tel G / Natel _____ Homepage _____

Meine Praxisadresse darf auf der Vereins-Homepage veröffentlicht werden Ja Nein

Abgeschlossene Ausbildung (im Gesundheitswesen)

Ausbildung _____

Ausbildungsstätte _____

Krankenkassen-Registrierung

Für welche Methodengruppen(n)? _____

EMR Ja Nein andere _____

Weitere nicht krankenkassenregistrierte Methodengruppen?

Verbandsmitgliedschaften

Name des Verbands _____

Mit meiner Unterschrift ich bestätige die Statuten gelesen zu haben und akzeptiere das Aufnahmereglement!

Ort / Datum: _____ Unterschrift: _____

**Bitte zurücksenden an: Palliative Komplementär OW, Spis 52, 6060 Sarnen
Herzlichen Dank!**